Aus der Hautklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schneider

Katamnestische Betrachtung der Lupuskranken unter besonderer Berücksichtigung der Carcinomvorkommen an der Universitäts-Hautklinik Tübingen von 1950 bis 1963

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Margrit Schimmang
aus Spremberg

1964

7744

Aus der Hautklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schneider

Katamnestische Betrachtung der Lupuskranken unter besonderer Berücksichtigung der Carcinomvorkommen an der Universitäts-Hautklinik Tübingen von 1950 bis 1963

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Margrit Schimmang
aus Spremberg

1964

U. Univ. Bibliothek Tübingen

Dekan: Professor Dr. H. HARMS
1. Berichterstatter: Professor Dr. H.C. FRIEDERICH
2. Berichterstatter: Professor Dr. W. SCHNEIDER

Fotodruck PRÄZIS · Tübingen

MEINEN

LIEBEN ELTERN

Herrn Professor Dr. H. C. Friederich danke ich ergebenst für die Überlassung des Themas und für seine wertvolle Unterstützung.

Mein Dank gilt ferner Herrn Professor Dr. W. Schneider, der mir die Arbeit an seiner Klinik ermöglichte.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung
Allgemeine Betrachtung des Lupusproblems

II. Ergebnisse
A. Krankengeschichtliche Erhebungen

1. Anzahl der klinisch behandelten Fälle
2. Spezifische Anamnese
3. Beruf
4. Wohnung
5. klinische Formen
6. Lokalisation
7. Etagenlupus
8. Lebensalter bei Lupusbeginn
9. Recidiv
10. Therapie
11. Arzneimittelunverträglichkeit
12. Behandlungserfolg

B. Karzinom in Lupo

III. Kasuistik
(Ausführung einiger spezieller Krankheitsfälle)

IV. Zusammenfassung

V. Literaturverzeichnis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547601_0126

I. Einleitung

Allgemeine Betrachtung des Lupusproblems

" Lupus " ist nach Gottron ein rein morphologischer Begriff. Der Lupus vulgaris ist die häufigste Form der Hauttuberkulose. Kennzeichnend für ihn sind der außerordentlich chronische Verlauf mit fortschreitendem Gewebszerfall und die daraus folgenden Defektbildungen. Die hauptsächlichsten Lokalisationen und demzufolge die Defektbildungen betreffen das Gesicht und hier besonders Wangen und Nase, die Ohrmuscheln und seltener Rumpf und Extremitäten. Erstaunlich ist oft, wie sehr sich die betroffenen Patienten mit diesen Entstellungen abgefunden haben. Ursache hierfür ist wohl die über Jahre und Jahrzehnte dauernde Entwicklung bis zum Endzustand. Relativ häufig auftretende Folgezustände wie Erysipel, Elephantiasis, Carcinom und in seltenen Fällen Sarkom, verschlimmern noch das Krankheitsbild. Die erheblichen Defektbildungen sind auch nicht selten Folge unsachgemäßer Behandlung (häufige, hohe Röntgendosen, zu intensive Pyrogallusätzung u. Ä.). Die Röntgenbestrahlung wird schon seit Jahren als Therapie des Lupus vulgaris abgelehnt. Kalkoff bemerkt hierzu: "Es gibt kaum eine Krankheit, nach deren Röntgenbestrahlung es zu so schweren Defekten und Schädigungen gekommen ist wie nach der Behandlung des Lupus vulgaris mit Röntgenstrahlen." Ein weiterer, sehr entscheidender Grund für diese Ablehnung ist die Häufigkeit der Carcinomentstehung auf röntgenbestrahltem Lupus vulgaris. Diese Tatsache geht aus unserem Krankengut hervor (siehe Hornberger, Schneider und Vasceviciute u.A.) und wird von vielen namhaften Fachvertretern der Dermatologie bestätigt (Beutnagel, Charpy, Dowling, Gottron, Hekele, Kalkoff, Riehl, Schneider und Seyss u.A.).

Als Erreger wird beim Lupus vulgaris überwiegend der Typus humanus gefunden, nur in ca. 20 % der Typus bovinus (Gottron). Diese Zahlen variieren etwas in Abhängigkeit von der Umwelt des Patienten.

K a l k o f f weist darauf hin, daß die einzelnen Lupusstämme, unabhängig vom klinischen Erscheinungsbild des Lupus vulgaris, in ihrer Virulenz in wechselndem Ausmaß abgeschwächt sind.

Infektionsweise: Die herrschende Ansicht ist, daß das Krankheitsbild lymphogen, und zwar retrograd per continuitatem entsteht. Die Ursprungsherde sind unter der Haut gelegene, extrapulmonale Tuberkulosen, besonders die der Lymphknoten (S c h m i d P.CH.). G o t t r o n prägte hierfür den Begriff der Etagentuberkulose. M o n c o r p s bezeichnet die Tbc cutis colliquativa sogar als Vorreiter des Lupus vulgaris. Exogen entsteht der Lupus vulgaris nach vorherrschender Meinung nur selten, haematogen in etwa 30 % der Fälle, meistens nach bestimmten Infektionskrankheiten (G o t t r o n).

Geschlecht: Vom Lupus vulgaris werden Frauen häufiger betroffen als Männer (G o t t r o n). Die in der Literatur angegebenen Verhältniszahlen von Frauen zu Männern schwanken zwischen 1,5 : 1 und 3 : 1. Durch stärkere Ausprägung von Zeichen vegetativer Labilität beim weiblichen Geschlecht, die einer der causalen genetischen Faktoren für die Lupusentstehung ist (K a l k o f f), werden diese Erscheinungen erklärt.

Lebensalter: Etwa 1/3 aller Lupuskranken des umfangreichen Materials Kalkoffs erkranken vor dem 10. Lebensjahr. In dieser Patientengruppe überwiegt das weibliche Geschlecht noch nicht so betont wie im Erwachsenenalter. Hingegen ist vom 40. - 49. Lebensjahr ab eine deutliche Abnahme der männlichen und Zunahme der weiblichen Lupuskranken festzustellen. In der hormonellen Umstellung der Frau, die in dieses Lebensalter fällt, sieht er einen bedeutenden Faktor für diese Erscheinung.

Soziale Verteilung: Die Angaben in der Literatur über die soziale Verteilung der Lupuskranken schwanken je nach Landschaftsbezirken. So kann ein eindeutiges Überwiegen der Lupusmorbidität bei der Land- oder Stadtbevölkerung nicht festgestellt werden. Hingegen fällt ein stärkeres Befallensein von Ar-

beitern und Bauern gegenüber dem sog. Mittelstand auf. Dieses beruht nach Kreßner aber auf deren zahlenmäßiger Relation zur Gesamtbevölkerung. Um eine verwertbare Aussage machen zu können, müßte man also diesem Umstand Rechnung tragen.

Lungentuberkulose und Lupus vulgaris:

Interessant ist eine weitere Fragestellung: Hat der Lupus vulgaris eine besondere Beziehung zur Lungentuberkulose?

K a l k o f f fand bei 60 - 80 % seines Materials rö. nachweisbare, spezifische Veränderungen. Bei 20 - 25 % waren manifeste Lungentuberkulosen vorhanden, bei 5 % aktive Prozesse.
Dabei überwiegen in der Erkrankungshäufigkeit die männlichen Patienten, im Verhältnis 2 : 1 die weiblichen. Die Tuberkulosesterblichkeit bei hautgesunden Lungentuberkulösen ist ebenfalls größer als bei dem weiblichen Patientenmaterial. Die Lupus vulgaris-Patienten erkrankten insgesamt etwa 10 mal häufiger an der Lungentuberkulose als hautgesunde. K a l k o f f stellt hierzu fest, daß die Hauttuberkulose keinen Schutz gegen den Erwerb einer Lungentuberkulose darstellt. Der Verlauf letzterer sei aber günstiger als bei Hautgesunden (konstitutionsbedingt).

Die T h e r a p i e des Lupus vulgaris soll aus einer sinnvollen Koppelung von allgemeinen und lokalen Maßnahmen bestehen. Das Ziel der lokalen Therapie ist es, den Krankheitsherd zur Abheilung zu bringen mit dem bestmöglichen kosmetischen Ergebnis. Unterstützt wird dieses Bestreben durch Hebung des Allgemeinzustandes, durch Sanierung eventuell im Körper noch vorhandener Streuherde und dadurch ebenfalls günstiger Auswirkungen auf den Lokalbefund.

Zur Lokalbehandlung stehen heute neben den älteren Methoden wie Pyrogallusätzung, Finsenbestrahlung, Kromeyer'sche Lampe, CO2 -Vereisung und Operation, die modernen Chemotherapeutika und Tuberkulostatika zur Verfügung. Wichtig ist in jedem Falle, mit der Behandlung so früh als möglich vor der Entstehung von Defekten zu beginnen. Eine planmäßige Lupusbekämpfung ist Voraussetzung zur erfolgreichen Durchführung dieser Bestrebungen.

Im wesentlichen stehen sich heute 2 Therapiemöglichkeiten gegenüber, die operative und die konservative. Die Meinungen über die jeweilige Indikationsstellung gehen im bisherigen Schrifttum noch auseinander. K a l k o f f stellt hierzu fest: "Bei den Fortschritten der konservativen Lupusbehandlung mit ihren guten kosmetischen Erfolgen ist eine Indikation für operative Eingriffe im Gesicht ausnahmsweise nur dann gegeben, wenn der betreffende Patient aus zeitlichen oder anderen Gründen unter keinen Umständen eine konservative Behandlung durchführen kann." Bei operativem Vorgehen sei die Idealforderung, nämlich Resorption der spez. Infiltrate bei Erhaltenbleiben des bindegewebigen Gerüstes,nicht erfüllt.

Bei Vorliegen eines frischen Lup. vulg. soll aus diesem Grunde die Chemotherapie die erste Stelle des Behandlungsplanes einnehmen. Aber auch K a l k o f f bestätigt, daß durch operative Verfahren die Behandlungsdauer wesentlich abgekürzt wird. Die Dosis der benötigten Chemotherapeutika und Tuberkulostatika ist bei gleichzeitiger plastischer Deckung wesentlich geringer.
F r i e d e r i c h ist deshalb der Ansicht, daß bei günstigem Sitz und guter Ausgangslage auch bei einem frischen Lupus vulgaris die Indikation zu einem operativen Eingriff (F u n k , M o n c o r p s , R i e h l , V o l k) gegeben ist und nicht nur bei Unverträglichkeitserscheinungen gegen medikamentöse Behandlung, Therapieresistenz (selten) oder nicht gewährleisteten klinischen bzw. poliklinischen Überwachungsmöglichkeiten.

K r ä u b e prägte für diese kombinierte Therapie den Ausdruck der "Sowohl-als-auch" oder elektiven Therapie. Eine weitere Indikation zum operativen Vorgehen stellen Recidiv-knötchen im Bereich alter Lupusnarben dar, die sonst therapeutisch oft schwer beeinflußbar sind oder eine langzeitige Behandlung erfordern. Die zusätzliche tuberkulostatische Behandlung muß ausreichend sein, um Streuungen und Verschleppungen von Krankheitsherden zu verhindern und das Allgemeinbefinden der Kranken zu bessern. Recidive nach plastischer Deckung werden so weitgehend vermieden (F u n k , F r i e d e r i c h). Zusätzlich roburierende Maßnahmen unterstützen den Erfolg der Operation, Kontraindikationen stellen techni-

sche Schwierigkeiten durch Lokalisation, Alter, schlechtes Allgemeinbefinden der Patienten, sowie Ausdehnung der Erkrankung dar (L i m b e r g e r). Hingegen bilden Größe und Ausdehnung eines Lupusherdes allein keine absolute Kontraindikation gegen operatives Vorgehen (F r i e d e r i c h , L a n g).

An Methoden stehen zur Verfügung die Dehnungsplastik, Rotations-Flügellappenplastik, Thiersch'sche Hauttransplantationen und der Wolffe-Krause-Lappen.

In den meisten Fällen reicht eine Dehnungsplastik. Ist der entstehende Defekt größer, z.B. nach Entfernung einer Praecancerose im Gesunden, so ist die am häufigsten angewandte Deckungsmethode der Wolffe-Krause-Lappen.

Nach dem Vorgehen von S c h m i d dienen als Entnahmestellen die Retroaurikulargegend oder die Haut der Schulter. Die Elektrochirurgie wurde bei der Behandlung des Lupus vulgaris im Gesicht durch das Skalpell ersetzt.

Innerhalb der konservativen Therapie wurden Röntgen- und Grenzstrahlen durch die modernen Chemotherapeutika und Tuberkulostatika verdrängt (B e u t n a g e l , C h a r p y , D o w l i n g , G o t t r o n , K a l k o f f , M o n c o r p s , R i e h l und S c h m i d). Hier sind besonders das Vitamin D, Conteben (Tb I) und die am raschesten wirksamen und nahezu ungefährlichen INH zu nennen (F r i e d e r i c h). Nach Möglichkeit soll die medikamentöse Einstellung stationär erfolgen und nach der Entlassung in regelmäßigen ambulanten Kontrollen weitergeführt werden.

Unverträglichkeitserscheinungen treten bei nicht zu hoher Dosierung selten auf und verschwinden ggf. im allgemeinen nach Reduzierung der Dosis oder vorübergehender Absetzung des Mittels rasch. Besonders wichtig ist die Nachbehandlung, um die makroskopisch nicht erkennbaren Restinfiltrate zu beseitigen und somit Recidive zu vermeiden. Schwierigkeiten bereitet die Festlegung einer optimalen Nachbehandlungszeit, da es kein

klinisch brauchbares, zuverlässig die restlose Abheilung des Lup. vulg. anzeigendes Kriterium gibt (K a l k o f f): Im allgemeinen wird ein halbes Jahr nach Erscheinungsfreiheit ausreichen. Kann mit einem Mittel keine restlose Ausheilung erzielt werden, so führt die Umstellung auf ein anderes Medikament oft zu gutem Erfolg

Die Gefahr der Carcinomentstehung wird durch die chemotherapeutische Behandlung des Lupus vulgaris nicht verringert oder ausgeschlossen (B e u t n a g e l , E i s e n l o h r , H a m m e r s c h m i d t , E. u. G. K o r t i n g , K o r t i n g , P r o p p e). Aus diesem Grunde ist es außerordentlich wichtig, in die Behandlung auch die Folgezustände nach Lup. vulg. bzw. die Behandlung folgezustände, die einen chronischen Reizzustand darstellen, einzubeziehen. So sind funktionell oder aesthetisch störende Narben, schlecht heilende Narbenulcera, eine Indikation zum operativen Eingriff.

Carcinoma in lupo Das Carcinom auf dem Boden eines Lup. vulg. bzw. rö.-bestrahltem Lup. vulg. stellt eine besonders ernste Komplikation dieses Krankheitsbildes dar. B a y e r beschrieb 1835 als erster das "Ca nach Lupus". Die Benennung erfolgte durch S t e i n h a u s e n , einem Tübinger Bruns-Schüler. Er unterschied lupöse Narben-Ca von Lupus-Carcinomen, also Carcinome auf noch floridem Lupus. In der Mehrzahl der Schrifttumsangaben war die Zahl letzterer wesentlich größer als die der lupösen Narben-Ca (B a y h a , N i i t h a c k , O l l e n d o r f). Eine geschichtliche Zusammentragung von 83 Fällen entstand 1894 mit der Dissertation von P. S t e i n h a u s e r . Von diesen 83 Carcinomen wurden 58 als Lupus-Ca und 25 als lupöse Narben-Ca aufgeführt. 25 Fälle betrafen Frauen, 51 Männer. Von den übrigen war das Geschlecht nicht bekannt. Bei dieser Zusammenstellung trat das Ca 21 x bei Patienten unter 40 Jahren auf, d.h. ca. 25 %; es ist ein Lebensalter, in dem das gewöhnliche Hautcarcinom fast nicht vorkommt. Als Sitz wird 44 x die Wangen, 8x die Nase, 7 x die Extremitäten, 6 x die Lippen, 2 x der Hals und 1 x das Kinn angegeben. Von den restlichen Patienten ist die Lokalisation nicht bekannt. Eine Multiplizität wird von 7 Fällen berichtet.

Die Heilungsquote war eine denkbar schlechte. Nur 4 Patienten konnten gerettet werden, das entspricht einer Letalität von 95,2 %. Nur wenige Autoren (K e u i b a c h i e f f , S c h ü t z) sahen in ihrem Krankengut Narbencarcinome häufiger. In der überwiegenden Zahl der Fälle sind es Spinaliome (H e k e l e , H o r n b e r g e r , K a l k o f f , P r o p p e , S c h n e i d e r , S e i ß u.A.) oder Basaliome (F r i e d e r i c h und L e h m a n n, N a g e l). B a y h a betont als eine auffallende Eigentümlichkeit dieser Ca ihre ganz frappante Bösartigkeit. Als wahrscheinliche Ursache dafür sieht er die durch den Lupus geschaffenen anatomischen Verhältnisse an. Das Carcinom kann gegen das lockere, vom Lupus erweichte Gewebe viel leichter und schneller vordringen und somit in viel kürzerer Zeit große Ausbreitung erlangen, als es sonst der Fall ist (L a n g). Die Angaben über Häufigkeit, Geschlechtsdisposition u.A. gehen im Schrifttum weit auseinander. Festzustehen scheint, daß bei Lupuskranken das Hautcarcinom häufiger und in einem früheren Lebensalter als bei Hautgesunden auftritt, und daß eine weitere Häufung nach rö.-bestrahltem Lupus vulgaris festzustellen ist.

"Es müssen daher mit dem Lup. vulg. bisher nicht genau bekannte Besonderheiten verknüpft sein, die die Carcinom-Realisation beschleunigen", (W a g n e r), zumal das Lupus-Ca nicht nur - wenn auch häufiger (G o t t r o n , K a l k o f f , O n a V a s c e v i c i u t e) - nach Rö.-Behandlung auftritt (M i y a h a r a , P r o p p e). G o t t r o n reihte den Lup. vulg. und die kombinierten Rö.-Lupusschäden aus diesem Grunde in die Reihe der Praecancerosen ein. Er versteht darunter "Hautveränderungen pathologischer Art, die sicherlich kein Ca sind, die aber dem Ca vorausgehen, bzw. auf deren Boden sich mit einer gewissen Häufigkeit ein Tumor entwickelt." Dabei ist die Art desselben - Spinaliom oder Basaliom - in selteneren Fällen sogar Sarkom oder Melanom - unmaßgeblich. "Es scheinen hier also prae lastomatöse Bedingungen zu bestehen, die ganz allgemein die Auslösung eines bösartigen Wachstums zu fördern imstande sind, auch wenn eine solche Entwicklung keinesfalls gesetzmäßig eintrifft, und eine derartige Veränderung kein obligates Vorstadium des Ca darstellt" (F i s c h e r). Es besteht also im Bereich einer Praecancerose lediglich eine Gefährdung zur Krebsent-

wicklung, festgestellt durch Erfahrungsurteile. Bedeutungsvoll für die Carcinomentstehung auf einer Praecancerose sind zusätzliche, unspezifische Reize, die für sich allein keineswegs carcinogen zu sein brauchen. In der straffatrophischen, praecancerösen Veränderung führen sie jedoch regenerativ-proliferative Reaktionen herbei. Die Auswirkung dieser unspezifischen Reize hängt u.a. ab von der Reizdosis, ihrer Einwirkungsdauer, sowie dem Zeitpunkte der Einwirkung. So sind jüngere Lebensalter empfindlicher als ältere. Weiterhin kommt es mehr auf stetig wiederkehrende, u.U. unterschwellige Wiederholung an, als auf die Stärke des Einzelreizes. Unter diesen Umständen kommt es zu einer Reizspeicherung. Zu diesen Reizen muß besonders die wiederholte Rö.- und Grenzstrahlentherapie des Lup. vulg. gerechnet werden. Entscheidend ist nach B l o c h die Gesamtdosis der Strahlenmenge. "Geringe Strahlenmengen sollen für die Ca-Entwicklung ebensowenig förderlich sein wie sehr große, da letztere zur völligen Zerstörung des Gewebes führen, während gewisse mittlere Strahlenmengen die Ca-Entwicklung begünstigen (S c h n e i d e r). Auch nach mit Grenzstrahlen behandeltem Lup. vulg. treten Carcinome auf, und zwar noch früher als nach Behandlung mit Rö. Erwähnt sei noch, daß an Stellen, wo der Lup. vulg. mit Ra. statt mit Rö. bestrahlt wurde, Lupuscarcinome seltener vorkommen (G o t t r o n). Finsenbestrahlung des Lup. vulg., d.h. die Verwendung des ultravioletten Lichtes,hat praktisch nie Ca zur Folge So kommt es, daß in Kopenhagen, wo der Lup. vulg. ausschließlich mit Finsen bestrahlt wurde, dieser nur mit 0,5 % kompliziert war durch ein Ca. - In der Universitäts-Hautklinik Tübingen, wo der Lup. vulg. in vergangenen Jahrzehnten häufig mit Rö.-Strahlen behandelt wurde, traten in den Jahren vor 1949 bis zu 10 % Lupus-Ca auf. Andere Angaben aus dem Schrifttum (entnommen aus S c h n e i d e r , W.: - Sarkome und Carcinome in ihren Wechselbeziehungen auf rö.-bestrahltem Lup. vulg. -) zeigen folgende Prozentzahlen:

Breslau (W a l d e c k e r)	30 L.Ca	(640 Pat.) =	4,062 %
Minsk (M r o n g o v i u s)		(200 Pat.) =	1 %
S t ü h m e r		(832 Pat.)=	5 %
Frankreich (D a r i e r)			4 %

England		
(S e s q u e i r a)	5	%
Bonn		
(M a l i n e k r o d t - H a u p t)	(906 Pat.) = 3,09	%
Würzburg		
(R e i s s n e r)	3	%
Wien		
(V o l k)	(4251 Pat.) = 1	%
Düsseldorf		
(P r o p p e)	(1276 Pat.) = 2,3	%

Die Entstehung eines Lupus-Ca braucht kein einmaliges Ereignis zu bleiben. Wird dieses Ca früh erfaßt und erfolgreich behandelt, so kann dennoch an anderer Stelle nach einem bestimmten Zeitintervall ein neues entstehen oder an mehreren Stellen zugleich. Es handelt sich also nicht um Recidive, sondern um echte Neubildungen. Häufig erliegen diese Patienten dann doch noch ihrem Carcinom, wenn z.B. eine ungünstige Lokalisation für die Therapie besteht, frühzeitig Metastasen entstehen oder eine Strahlenunempfindlichkeit durch vorausgegangene Behandlung vorliegt. Häufig stellen sich aber auch echte Recidive ein, die nicht selten bösartiger sind als der Primärtumor. So ist die Prognose eines Lupus-Ca in jedem Falle zurückhaltend zu stellen.

Nicht immer entsteht ein Spinaliom, es kann ebenso zu Basaliomen, metatypischen Epitheliomen und in seltenen Fällen zu Sarkomen kommen. "Auf rö.-bestrahltem Lup. vulg. finden sich im wesentlichen schmalzapfig wachsende Basaliome. Sie sind darüber hinaus, und zwar infolge der Rö.-Einwirkung, in der weit überwiegenden Mehrzahl zellulär verwildert, d.h. entartet, woraus verständlich wird, daß man derartige Basaliome auf rö.-bestrahltem Lup. vulg. häufig als Carcinome anspricht und nicht als entartete Basaliome, d.h. als Basalzell-Ca, was sie doch vielfach sind" (G o t t r o n). Die weitere Folge kann eine maligne Entartung einer bis dahin gutartigen Neubildung sein, wobei Zellpolymorphie, atypische Mitosen, Bildung von Hornzellen und autonomes Wachstum die Entwicklung bestimmen. Das verhornende Basalzell-Ca ist ein Koriumtumor im Gegensatz zum ver-

hornenden Platten-Epithel-Ca. Es besteht keine Beziehung zum Epidermisband und randwärts ist, zumindestens bezirksweise, die Palisadenstellung der Zylinderzellschicht zu erfassen. Auf Rö.-Strahlen sprechen sie nur schlecht an.

Das Vorkommen von S a r k o m e n auf rö.-bestrahltem Lup. vulg. ist ein glücklicherweise relativ seltenes Ereignis. Die Zahl der von S c h ü r e r und W a l d h e i m veröffentlichten Zusammenstellung des Schrifttums beträgt 44. K a l k o f f berichtet über 8 Sarkome innerhalb von 9 Jahren. Von diesen waren 3 mit dem gleichzeitigen Vorkommen von Spinaliomen kombiniert. Auch S c h n e i d e r und H o r n b e r g e r wiesen auf das Vorkommen von Sarkomen und Carcinomen in rö.-bestrahltem Lup. vulg. hin. Bei 6 von den 9 veröffentlichten Fällen trat vorausgehend oder gleichzeitig ein Carcinom auf. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle folgt die Ca-Entwicklung zeitlich einer langen und wiederholten Rö.-Bestrahlung. Das Sarkom entsteht meist später und vor allem nach Verabfolgung wesentlich höherer Strahlendosen. "Ja, man muß sich in einigen Fällen direkt die Frage vorlegen, ob das Lupus-Sarkom nicht überhaupt als Folge der Rö.-Bestrahlung eines Lupus-Ca. anzusehen ist. Bei der größeren Strahlenempfindlichkeit des epithelialen Gewebes entwickelt sich im allgemeinen das Carcinom zuerst und viel später durch Kumulation wesentlich zahlreicherer Strahlenengramme aus dem weniger empfindlichen mesenchymalen Gewebe das Sarkom" (S c h n e i d e r). K a l k o f f ist der Meinung, daß man sich hierbei auch fragen müsse, ob es sich wirklich um echte Sarkome und nicht um entdifferenzierte Carcinome handle. - Sind beide Arten in einem Tumor vorhanden, so spricht man von Kollisionstumoren. Die Latenzzeit richtet sich nach dem Erkrankungs- und Bestrahlungsbeginn. Sie beträgt in den meisten Fällen 30 Jahre und mehr. Somit ist auch heute noch mit dem Auftreten dieser bedauerlichen Fälle zu rechnen.

Bei der Lup.vulg.-Behandlung wurden oft große Bestrahlungsdosen angewandt, weshalb auch mit einer Schädigung der unter der Haut liegenden drüsigen Organe (Speichel-, Tränen- und Schilddrüse) zu rechnen ist (G o s s l a r , S c h n e i d e r und U n d e u t s c

So konnten Schneider, Gosslar und Undeutsch über das Vorkommen eines malignen Onkocytoms berichten (im Schrifttum bisher keine Veröffentlichung dieser Art). Es handelt sich hierbei um die maligne Entartung der Ohrspeicheldrüse (Fall 12).

Die Metastasierung beim Lup. Ca und Sarkom verhält sich in ähnlicher Größenordnung wie beim Spinaliom. Im Leipziger Krankengut fand man bei 10 obduzierten Fällen 2 x eine Metastasierung (Grigull), in Tübingen bei 11 Lupuscarcinomen 4 x Metastasenbildung (Schneider, Vasceviciute). Korting fand in 25 - 30 % der Fälle vom Lupus-Ca Lymphknotenmetastasen.

Wegen der ungünstigen Prognose der Lupus-Carcinome ist die frühzeitige Erfassung und Behandlung unbedingt notwendig. Strahlentherapeutisch sind sie nur schlecht zu beeinflussen (Narben, Rö.-Schädigung, Haut dicht auf dem Schädelskelett). Erfolge sind ggf. nicht mit höchstmöglicher Dosierung, sondern überhaupt nur mit besonders vorsichtiger Fraktionierung und ausgesuchten Strahlenqualitäten zu erreichen (Friederich, Henke). Die größte Hoffnung ist wohl auf die totale, weit in das Gesunde reichende Extirpation, ohne alle Rücksicht wegen späterer Deckung und Heilung der Defekte, zu setzen. Es darf nicht das geringste Verdächtige zurückgelassen werden. (Bayha, Friederich, Krieger, Ollendorff, Wollseiffen). Möglichst gleichzeitig soll die praecanceröse Umgebung entfernt werden ("en bloc" Operation nach Krieger). Histologisch muß das Gewebsstück zur Beurteilung der Entfernung im Gesunden und die Art des Tumors kontrolliert werden. Die Defektdeckung geschieht in der Tübinger Klinik durch Freihauttransplantationen (Wolff - Krause - Lappen). Die Voraussetzung für ein gutes Einheilen ist ein gut vascularisiertes, infektionsfreies und bluttrockenes Wundgebiet (Friederich und Haas). Auch aus diesem Grunde ist die weite Excision im Gesunden so wichtig. Als Oberflächen-Antibioticum zur Bekämpfung einer Superinfektion wird Nebacetinspray verwandt.

Die Curettage des carcinomatösen Gewebes mit nachfolgender Chlor-

zinkätzung und anschließender Rö.-Bestrahlung hat eine erhebliche Recidivquote (K r i e g e r , V a s c e v i c i u t e u.A.). Sie ist nicht gerechtfertigt, zumal sie auch noch das Narbengewebe vermehrt.

"Auf Grund der Ergebnisse der Universitäts-Hautklinik Tübingen ist der Auffassung S c h m i d s voll zuzustimmen, daß bei der Behandlung des Lupus-Ca's ein radikales Verfahren recht aussichtsreich ist" (F r i e d e r i c h). Die Metastasierungsgefahr ist offensichtlich gering. Das Ziel muß sein, den Tumor weit im Gesunden zu entfernen und mit ihm alle erkrankten und vernarbten Gewebszonen, so wie Ersatz durch gesunde Haut. Dann ist die Ca-Therapie mit einer sinnvollen Carcinomprophylaxe verbunden.

- - -

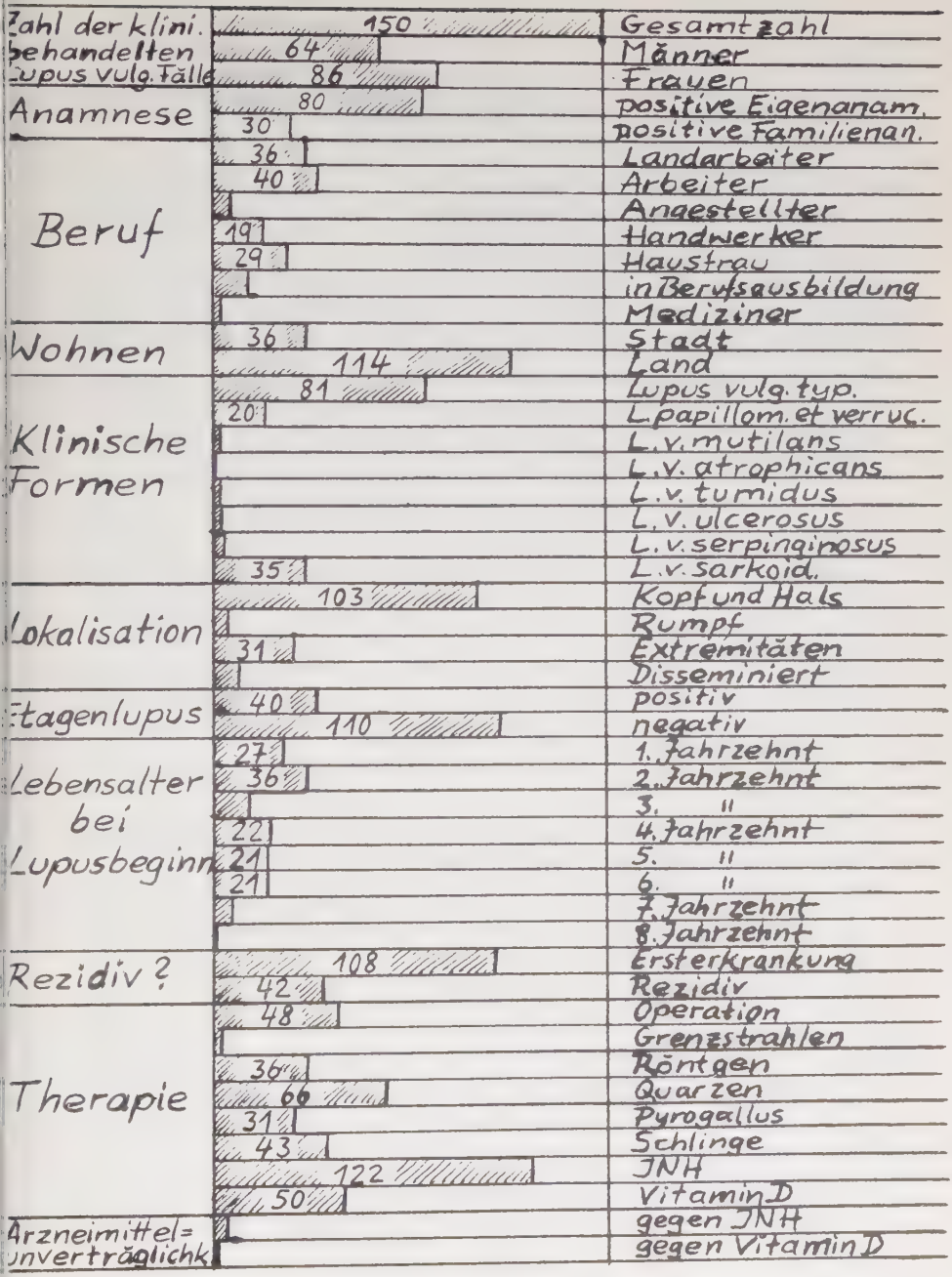

Zahl der klini. behandelten Lupus vulg. Fälle
150
Gesamtzahl
64
Männer
86
Frauen
Anamnese
80
positive Eigenanam.
30
positive Familienan.
Beruf
36
Landarbeiter
40
Arbeiter
Angestellter
19
Handwerker
29
Hausfrau
in Berufsausbildung
Mediziner
Wohnen
36
Stadt
114
Land
Klinische Formen
81
Lupus vulg. typ.
20
L. papillom. et verruc.
L. v. mutilans
L. v. atrophicans
L. v. tumidus
L. v. ulcerosus
L. v. serpiginosus
35
L. v. sarkoid.
Lokalisation
103
Kopf und Hals
Rumpf
31
Extremitäten
Disseminiert
Etagenlupus
40
positiv
110
negativ
Lebensalter bei Lupusbeginn
27
1. Jahrzehnt
36
2. Jahrzehnt
3. "
22
4. Jahrzehnt
21
5. "
21
6. "
7. Jahrzehnt
8. Jahrzehnt
Rezidiv ?
108
Ersterkrankung
42
Rezidiv
Therapie
48
Operation
Grenzstrahlen
36
Röntgen
66
Quarzen
31
Pyrogallus
43
Schlinge
122
INH
50
Vitamin D
Arzneimittel= unverträglichk
gegen INH
gegen Vitamin D

Tabelle 1

II. Ergebnisse (Tabelle 1)

A. Krankengeschichtliche Erhebungen

1. Anzahl der klinisch behandelten Fälle

Im Zeitraum 1950 - 1963 wurden an der Universitäts-Hautklinik Tübingen insgesamt 216 Lupus-vulg.-Patienten behandelt. Davon waren 109 Frauen und 107 Männer. Von den weiblichen Patienten kamen 86 zur klinischen und 23 zur ambulanten Behandlung, von den männlichen Patienten hingegen nur 64 zur klinischen und 42 zur ambulanten Behandlung. Das Überwiegen der Frauen bei den klinisch behandelten Fällen bestätigt die Ansicht K a l k o f f s über die Infektionsanfälligkeit beim Lupus vulg. (s. Einleitung). Rechnet man aber die ambulant behandelten Fälle dazu, so muß diese Annahme dahingehend geändert werden, daß wohl die Schwere des Krankheitsbildes bei den weiblichen Patienten größer ist und damit häufiger zur stationären Behandlung führt, daß aber die Anfälligkeit gegenüber dem Lup. vulg. keinen wesentlichen Unterschied nach dem Geschlecht der Pat. zeigt. Über die ambulante Behandlung der Patienten existieren zum großen Teil nur sehr lückenhafte und ungenaue Angaben, so daß sie zu einer Auswertung nicht geeignet sind. Die Untersuchungen dieser Arbeit beziehen sich also auf 150 klinisch behandelte Lup. vulg.-Patienten.

2. Spezifische Anamnese

Eine positive Eigenanamnese (tuberkulöse Lungen - o. tuberkulöse Organerkrankungen anderer Lokalisationen) war bei 53 % der Patienten zu erheben. Die Familienanamnese war bei 20 % positiv.

3. Beruf

Bei der Aufteilung der klinisch behandelten Patienten nach ihrer Berufsausübung ist auffallend, daß die Landarbeiter mit 24 % einen hohen Anteil der Lup. vulg.-Fälle ausmachen, wenn man dabei beachtet, daß diese Betätigung gesehen auf die arbeitende Gesamtbevölkerung sicher einen wesentlich kleineren Prozentsatz ausnimmt. - Die Verteilung unter den restlichen Berufsgruppen wird wohl im wesentlichen der Aufteilung der allgemeinen Berufsstatistik entsprechen.

4. Wohnung — Die Stadt-Landverteilung steht mit einem Zahlenverhältnis von 1 : 3 eindeutig zu Gunsten der Landbewohner.

5. Klinische Formen — Diese Auswertung der Lup. vulg.-Fälle gestaltete sich insofern etwas schwierig, als die Angaben in den ersten Jahren nach 1950 zum Teil noch recht ungenau aufgezeichnet waren. Hinzu kam, daß ein und derselbe Patient manchmal an 2 klinisch verschiedenen Formen der Krankheit litt. Unter Lup. vul. typicus sind deshalb alle Formen zusammengefaßt, die ohne genauere Differenzierung verzeichnet waren.

6. Lokalisation — Der bevorzugte Sitz des Lup. vulg. ist mit 69 % Kopf und Hals. An den Extremitäten ist er in 21 % der Fälle lokalisiert, in der disseminierten Form in 7 % und am Rumpf in 4 % der Fälle.

7. Etagenlupus — Ein Etagenlupus war anamnestisch in 27 % der Fälle zu erheben. Bei diesem Krankheitsbild war dem Lup. vulg. eine Tuberkulose der Halslymphdrüsen vorausgegangen. In den zurückgebliebenen Narben oder deren Umgebung entwickelte sich im Laufe von Jahren der Lup. vulg.

Betrachtet man Abschnitt 3, 4 und 6, 7 zusammen, so drängt sich der Gedanke auf, daß die hygienischen Verhältnisse mit von Bedeutung für den Infektionsmodus des Lup. vulg. sind. Das Vorherrschen dieser Krankheit bei den Landarbeitern und den Landbewohnern wird wohl weniger auf einer größeren Infektionsmöglichkeit beruhen, denn meist ist ja der Typus humanus als Krankheitserreger festgestellt und dieser ist - wie die Lungentuberkulose - doch eigentlich ein Teil der dichten Menschenballungen. Die Arbeiter, die früher (siehe Einleitung) noch einen größeren Prozentsatz der Krankheitsfälle ausmachten, haben sich durch die Besserung der hygienischen Verhältnisse dem sog. Mittelstand angeglichen.

Die Annahme liegt nun nahe, daß die Infektionsweise des Lup. vulg. eine Schmier- und Kontaktinfektion ist, die sich entweder über den

Nasenrachenraum und die regionären Lymphknoten per continuitatem ausbildet (siehe Einleitung) oder die über Hautdefekte direkt von außen zur Entwicklung kommt. Für das letztere spricht, daß der Prozentsatz des "Etagenlupus" mit 27 % relativ niedrig liegt. Auch weist die Lokalisation des Lupus vulg. mit Hauptsitz an Kopf, Hals und Extremitäten auf diesen Infektionsweg hin. Das untersuchte Krankengut enthält außerdem 10 Fälle, bei denen an einer verschmutzten Hautwunde bzw. an einer Impfstelle (Fall 1) unmittelbar in der Folge dieser Defektsetzung ein Lup. vulg. entstand. Auch hier also die direkte exogene Erregerbesiedelung. Denn es erscheint doch recht zweifelhaft, daß das vorausgegangene Trauma nur als Ursache einer lokalen Resistenzminderung zu werten ist, zumal in allen Fällen sowohl die Familienanamnese als auch die Eigenanamnese ohne pathol. Befund sind.

8. Lebensalter bei Lupusbeginn

42 % der Ersterkrankungen fallen auf die 1. beiden Lebensjahrzehnte, was gleichzusetzen ist mit dem Wachstumsalter. 43 % liegen im 4. - 6. Jahrzehnt, also in einem Lebensabschnitt, in dem die körperliche Rückentwicklung spürbar wird. 7 % der Ersterkrankungen fallen in das 3. Lebensjahrzehnt. Diese Aufteilung der Erstmanifestationen des Lup. vulg. in den Lebensverläufen der Patienten weist darauf hin, daß der Lup. vulg. keine große Krankheitsanfälligkeit besitzt (im Gegensatz zu hochinfektiösen Krankheiten wie Masern ode r Polyomyelitis). Er braucht die Entwicklungs- und Rückentwicklungszeiten des Körpers als Schrittmacher für sein Angehen. Die Tabelle 2 zeigt außerdem, daß keine wesentlichen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten in der Krankheitsverteilung über die Lebensjahrzehnte bestehen. Nur im 6. Jahrzehnt scheint bei den Frauen eine im Vergleich zu den Männern überhöhte Infektionsanfälligkeit zu bestehen. Ob dies auf den klimakterischen und postklimakterischen Veränderungen beruht, sei dahingestellt. Dazu hin ist bemerkenswert, daß im 4. und 5. Decenium die Krankheitsbereitschaft bei den Männern absolut bzw. relativ stärker ist als bei den Frauen.

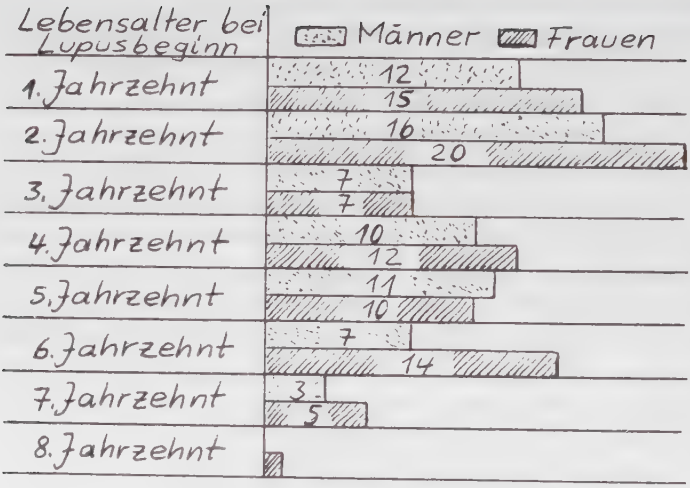


Tabelle 2

9. Recidiv- oder Ersterkrankung

Die Beurteilung, ob es sich bei der Erstbehandlung an der Universitätshautklinik Tübingen um ein Recidiv oder eine Ersterkrankung handelte, war meist nicht leicht festzulegen, da die Patienten öfters schon in ärztlicher Behandlung waren. Auch war es möglich, daß der Lup. vulg. stationär geblieben war oder daß er sich vorübergehend gebessert hatte, ohne völlig abzuheilen. Unter diesen Umständen waren 72 % des Krankengutes Ersterkrankungen und 28 % Recidiv-Fälle.

10. Therapie

Bei der Differenzierung der Behandlung von Lup. vulg.-Patienten muß zunächst hervorgehoben werden, daß bisher nur in wenigen Ausnahmefällen eine ausschließliche Therapie mit einem Therapeuticum betrieben wurde. Von den 150 klinisch behandelten Patienten wurden nur insgesamt 7 Fälle = 5 % entweder durch INH oder durch Operation allein behandelt. Die Aufteilung bringt nur die Absolutzahlen, wie oft eine bestimmte Therapie angewandt wurde, wobei auf einen Patienten dann meist mehrere Behandlungsarten kommen. Die Auszählung läßt also zunächst nur eine

Aussage über das meist angewandte Therapeuticum zu. Dies ist in der heutigen Zeit zweifelsohne die INH-Behandlung, die in 81 % der Fälle Verwendung fand. Gleichzeitig ist diese Relativzahl jedoch auch als ein gewisser Wertmesser der Therapie anzusehen, da ja das Bewährte in der Behandlung meist Wiederholung findet. Der Wert der Therapie-Aufgliederung dieser Art wird aber erst im Abschnitt über den Behandlungserfolg deutlich werden. Nur die Beziehungssetzung von Anwendungszahl und Heilungsziffer eines Therapeuticums läßt dann den Wert einer Behandlungsweise erkennen.

11. Arzneimittelunverträglichkeit

Sie trat in 4 % der INH und 2 % der Vitamin D-Behandlungen auf. Reduzierung der Dosis oder Umstellung auf ein anderes Mittel ließ die Unverträglichkeitserscheinungen rasch abklingen.

12. Behandlungserfolg

Die Tabelle 3 zeigt die Heilungsziffer (Kontrolle 2 Jahre und darüber) bei den verschiedenen Therapiearten, die hier in ihrer Kombination, wie sie in den einzelnen Fällen zur Anwendung kamen, aufgeführt sind. In dieser Zusammenstellung ist die kombinierte Therapie der Excision in toto + INH mit 30 % an der Gesamtzahl der Heilungen vertreten. Die nächsthöhere Heilungsquote hat die kombinierte Behandlung INH + Quarzen mit 15 %. Bemerkenswert ist außerdem, daß die alleinige Therapie mit INH und diejenige durch Operationen auch gewisse Heilungserfolge zeigt (Fall 2 und 3). Von den 5 Patienten, die ausschließlich mit INH behandelt wurden, gingen 4 in Heilung über. Die 2 Patienten, die nur durch Operation behandelt wurden, sind beide ebenfalls geheilt.

Lokalisation des L.v.		Kopf, Hals	Rumpf	Extremit.	Dissemi.	
Heilung bei Behandlung mit:	Excision i.toto + JNH	16		9		27
	Excision					2
	Excis. + JNH + Quarzen					4
	Exc. + JNH + Vit D + Quarzen					1
	Exc. + JNH + Qua. + Schlinge					1
	JNH					4
	JNH + Vit D. + Quarzen	6				7
	JNH + Quarzen	11				14
	JNH + Schlinge					3
	JNH + Schlinge + Quar.					7
	JNH + Röntgenbest.					2
	JNH + Pyrogallus					1
	Vit D + Excis. + JNH					2
	Vit. D + Schlinge					4
	Vit D + Schlinge + Quarz					5
	Vit D + Quarzen	5				8
Gesamtzahl —		61	7	23	1	92

Tabelle 3

Die Aufgliederung nach der Lokalisation des Lup. vulg. ergibt in der Relation zu Abschnitt 6, daß die Heilungstendenz bei Lokalisation an Rumpf und Extremitäten mit 73 % besser ist als die an Kopf und Hals, die in 59 % der Fälle Heilung aufweist. Die beiläufige Untersuchung, ob das Lup. vulg. Sarkoid als Übergang zum B o e c k 'schen Sarkoid durch seine Tendenz zur stärkeren Abgrenzung vielleicht eine bessere Heilungsaussicht hätte, ergab, daß bei 60 % Heilung das Lup. vulg. sark. gegenüber 62 % der übrigen Formen kein Unterschied besteht.

Um die Erfolge eines Therapeutikums klarer erkennen zu können, wurden in Tabelle 4 die Absolutzahlen miteinander in Beziehung gesetzt, d. h. die Aufgliederung von Abschnitt 10 der Therapie wurde entsprechend auf die Heilungsziffer angewandt. Daraus wird ersichtlich, wie oft eine Behandlungsart an den Heilungen beteiligt ist. Dadurch sind Erfolge wie 8 % bei Rö.-Strahlentherapie oder 6 % bei Pyrogallusätzung praktisch gleich 0 zu werten, denn sie werden wahrscheinlich nur scheinbare sein durch die kombinierten Behandlungen, bei denen sie Anwendung fanden.

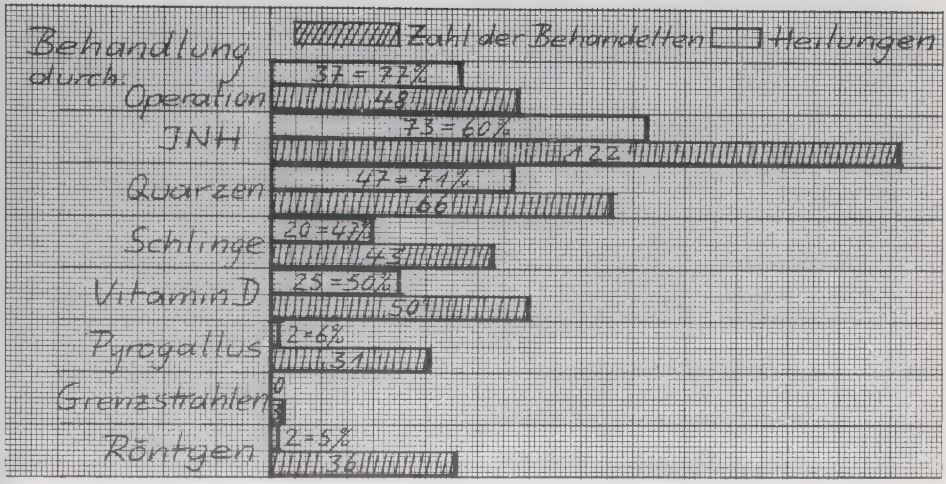


Tabelle 4

Die drei herausragenden Therapien sind unzweifelhaft die Operation mit 77 %, das Quarzen mit 71 % und die INH-Behandlung mit 60 % Heilungsaussichten.

Dabei ist zu beachten, daß das Quarzen als Zusatztherapie meist mit der Operation oder INH-Behandlung gekoppelt wurde (siehe Tabelle 3) und damit auch in deren Heilungsziffer fällt. Sein absoluter Wert läßt sich somit nicht bestimmen.

Der Behandlungserfolg bei Operationen kann sogar noch höher gesetzt werden, da einige der Operierten nicht mehr zur Kontrolle erschienen und damit nicht bei den Heilungen mitgewertet werden konnten. Auch die Wirksamkeit der INH-Therapie dürfte noch höherprozentig einzuschätzen sein, denn dieses Medikament wurde natürlich bei den meisten recidivierenden und verschleppten Lup. vulg.-Fällen schließlich auch noch angewandt, wobei die Voraussetzungen für eine Heilung schon denkbar schlecht sind.

Die sicherste und erfolgversprechendste Therapie des Lup. vulg. ist heutzutage unzweifelhaft in der Kombination von Operation und INH-Medikation zu sehen. Schon die alleinige Anwendung einer dieser Behandlungsweisen besitzt gute Heilungsaussichten, was früher mit keiner Therapieart erzielt werden konnte. Die Kombination beider Mittel erhöht die Sicherheit und überwiegende Möglichkeit mit der heute der Lup. vulg.-Patient geheilt werden kann. Bei frühzeitiger derartiger Therapie wird man die Heilungsziffer sicher auf 90 - 100 % setzen dürfen.

B. Karzinom in Lupo

In die Gruppe der Karzinomfälle auf einem vorhergehenden Lup. vulg. sind sämtliche Karzinompatienten zusammengefaßt, die im Zeitraum von 1949 bis 1963 erstmals wegen der malignen Entartung in klinische Behandlung kamen. Das Jahr 1949 wurde miterfaßt, um damit an die Arbeit von O n a V a s c e v i c i u t i anschließen zu können, deren Karzinomerfassung 1948 endete.

In die vorliegende Aufstellung kamen also sämtliche Karzinompatienten, ob sie nun schon in den Jahren vor 1949 wegen ihres Lup. vulg. an der Universitäts-Hautklinik behandelt wurden oder ob sie erstmals im erfaßten Zeitraum zur klinischen Aufnahme kamen. Außerdem ist zu beachten, daß unter "Karzinom-Fälle" alle malignen Entartungen auf dem Boden eines Lup. vulg. zusammengefaßt sind (Spinocelluläres Ca), Baso-Übergangs-Ca, Sarkom, und ein infiltrativ wachsendes Onkocytom).

Die Gesamtzahl der Lupuscarcinomfälle von 1949 - 1963 beträgt 34 Patienten, davon sind 19 Männer und 15 Frauen, in gegensätzlicher Verteilung zu den klinisch behandelten Lup. vulg.-Fällen. Tabelle 5 zeigt das zeitliche Auftreten im untersuchten Zeitraum.

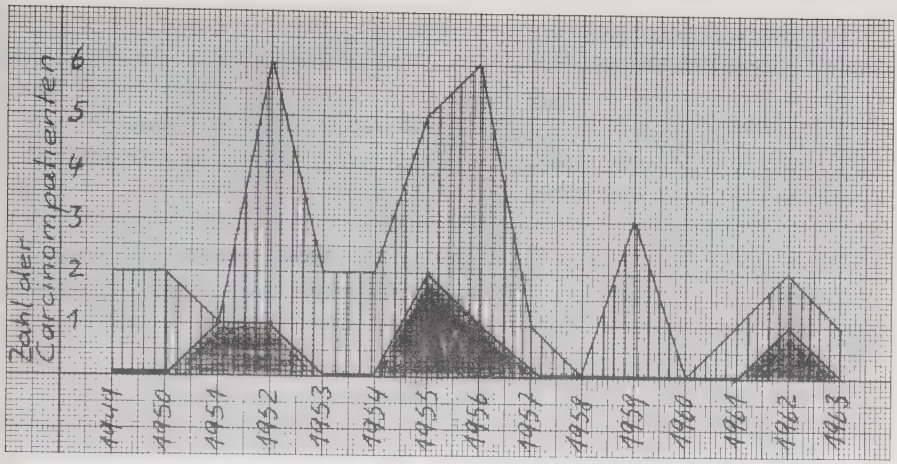


Tabelle 5

Die Tabelle 5 scheint die Ansicht der Arbeit von O n a V a s c e v i c i u t e zu bestätigen, daß nach Aufhören der Rö.-Strahlentherapie das Lup. vulg. die Lupuscarcinomfälle im Laufe der Jahre in ihrer Zahl stark zurückgehen würden (1947 = 12 und 1948 = 11 Lupus-Ca-Patienten als Neuerfassungen). Der schraffierte Kurvenbereich veranschaulicht die Gesamtzahl der aufgenommenen Malignome. Davon sind insgesamt 4 Baso-Übergangscarcinome, 2 Sarkome und 1 Onkocytom mit infiltrativem Wachstum, die nicht zu den reinen spinocellulären Carcinomen zu zählen sind. Diese Sondergruppe wird durch den schattierten Kurvenbereich dargestellt, so daß durch Subtraction die Zahl der spinocellulären Carcinome im rein schraffierten Teil ersichtlich ist. Eine Auswahl der eindrucksvollsten Krankheitsbilder ist in der Kasuistik (Fall 4 - 12) aufgeführt.

Auch die Malignität der Carcinome ist stark zurückgegangen, konnte doch im untersuchten Krankengut glücklicherweise nur 1 Todesfall (Fall 8) durch Lupuscarcinom festgestellt werden. Es darf dabei aber nicht außer acht gelassen werden, daß heute wesentlich bessere Therapiemöglichkeiten allein durch die bessere Ernährung und die günstigeren Umweltsbedingungen bestehen als in den Kriegs und Nachkriegsjahren der vorhergehenden Arbeiten.

Die Röntgen-Therapie als gravierende Ursache für die Lupus-Ca-Entstehung scheint ebenso darin ihre Bestätigung zu finden, daß 32 der 34 Ca-Patienten zuvor wegen Lup. vulg. einer Röntgen- bzw. Grenzstrahlenbehandlung unterzogen worden waren. Nur in 2 Fällen entstand das Carcinom auf Lup. vulg. ohne vorhergehende derartige Bestrahlungen (Fall 4 und 5).

In 30 % der Gesamtzahl bestand neben dem Carcinom ein frischer Lup. vulg., ein Zeichen dafür, wie ungenügend die vorherige Behandlung war, insbesondere die Röntgentherapie, was ja schon im Abschnitt 12 festgestellt wurde.

Das zeitliche Intervall zwischen Bestrahlungsbeginn in der Therapie der einzelnen Lup. vulg.-Fälle und dem Auftreten des Carcinoms beträgt im Mittelwert 25 Jahre, was wiederum mit O n a V a s c e v i c i u t i übereinstimmt. Der Rückgang der Zahl der malignen Entartung bei Lup. vulg. müßte also erst im Jahrzehnt von 1960 - 1970 ganz besonders augenfällig werden, denn die Rö.-Therapie wurde erst in den Nachkriegsjahren praktisch völlig aus der Lup. vulg.-Therapie verbannt.

Geht man nun aber von der Annahme aus, daß die Rö.-Behandlung kein wesentlich beschleunigender und verursachender Faktor der Lupus Ca-Entstehung sei, daß die Häufung der Ca-Fälle besonders in den Nachkriegsjahren durch mangelnde Hygiene, schlechte Ernährung und unzureichende Überwachung bedingt ist, und daß der sich abzeichnende Rückgang der Lup. Ca-Fälle verursacht ist durch die weitaus bessere Lup. vulg.-Therapie, die durch Vigantol eingeleitet wurde und heute in Operationen und INH weitere große Fortschritte gemacht hat, so findet diese Ansicht ihre Bestätigung in folgendem:

1. Das zeitliche Intervall von Lup. vulg.-Beginn und Carcinombeginn beträgt im Mittelwert der einzelnen Patienten, die eine Rö.- bzw. Grenzstrahlentherapie erhalten hatten, 35 Jahre, bei einer Schwankungsbreite zwischen 11 und 68 Jahren. Derselbe zeitliche Abstand ergibt sich jedoch im Mittelwert der 2 Patienten, die keine Bestrahlungen erhielten, bei einer Schwankungsbreite zwischen 29 und

40 Jahren. Das kann natürlich noch kein gesichertes Ergebnis sein, da die Zahl der nicht bestrahlten Ca-Fälle viel zu klein ist.

2. Der Röntgentherapie wird im allgemeinen die frühe Entstehung der Malignome bei Lup. vulg. zugeschrieben (siehe Einleitung). Das Lupus-Ca soll dadurch seinen zahlenmäßigen Gipfel in Lebensjahrzehnten haben, der denen des allgemeinen Hautcarcinoms vorläufig ist um etwa 1 Jahrzehnt. Auffallend sind nun Untersuchungsergebnisse, die in Tabelle 6 zusammengefaßt sind.

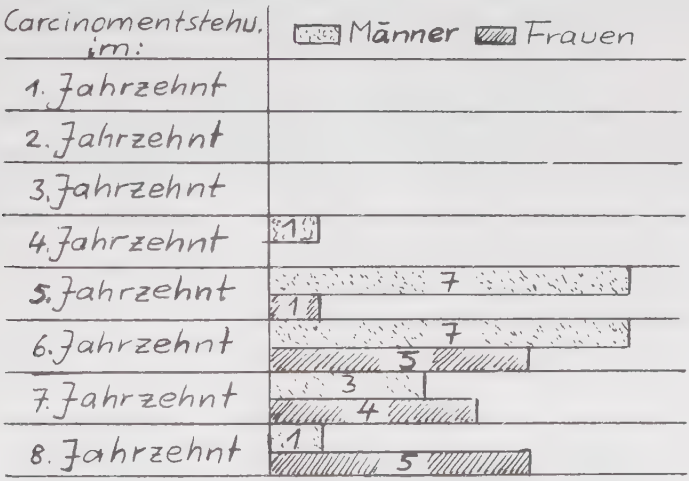


Tabelle 6

Zunächst bestätigt sich die vorgenannte Ansicht bei Betrachtung der Lupus-Ca-Verteilung bei männlichen Patienten. Hier liegt der Häufigkeitsgipfel schon im 5. Lebensjahrzehnt. Jedoch ist offensichtlich, daß bei den weiblichen Patienten keine wesentliche Verfrühung des Häufigkeitsmaximums besteht. Dabei ist noch bemerkenswert, daß die beiden nicht bestrahlten Lupus-Ca-Patienten den Carcinombeginn mit am frühesten im Lebensablauf hatten (Fall 4, männlich, im 5. Jahrzehnt und Fall 5, weiblich, ebenfalls im 5. Jahrzehnt).

Der Gedanke liegt nahe, daß der chronische Krankheitsprozess des Lup. vulg. allein die Ca-Entstehung provociert. Es wird ja heute allgemein in der Entstehung der Malignome als bedeutende Ursache die chronische Entzündung angesehen, der ständige übereinandergelagerte Auf- und Abbau. Die früher geübte Rö.-Therapie könnte dabei im wesentlichen die eine Wirkung gehabt haben, daß durch die Insuffizienz der Therapie der chronische Krankheitsprozess nicht völlig abgestoppt, sondern eher unterhalten und vermehrt wurde. Man wird wohl nicht weit fehlen, wenn man die Verfrühung der Lup.-Carcinom-Entstehung bei den männlichen Patienten in der Krankheit - Lupus vulg. - selbst sucht. Wird es doch schon in Tabelle 2 deutlich, daß speziell im 5. und auch im 4. Lebensjahrzehnt bei den Männern ein Wiederanstieg der Krankheitsanfälligkeit gegen Lup. vulg. besteht, der bei den Frauen so schwerwiegend erst im 6. Jahrzehnt festzustellen ist. Parallel zu dieser allgemeinen Lup. vulg.-Anfälligkeit in den Rückentwicklungsjahren des Menschenlebens geht die Häufigkeitsverteilung des Lupus-Carcinoms für Männer und Frauen. Warum dieser Häufigkeitsgipfel bei den Männern um nahezu 1 Jahrzehnt früher liegt als bei den Frauen, dafür kann hier keine Erklärung gegeben werden.

Letzten Endes wird aber die Frage, in wieweit die Rö.- und Grenzstrahlentherapie zur Entstehung des Lupus-Ca beigetragen hat, nie beantwortet werden können, denn mit der heutigen wesentlich verbesserten Therapie des Lup. vulg. werden die chronisch verlaufenden Fälle stark in den Hintergrund gedrängt werden. Damit wird die Zahl der Lupuscarcinome ebenfalls weiter absinken.

- - -

III. Kasuistik

Fall 1 Lupus vulg. an einer Impfstelle. S., Hedwig, geb. 19. 3. 39, F.A. u. E.A. o.B., keine Etagentuberkulose. Kommt 1953 wegen Lup. vulg. an der Streckseite des re. Oberarmes erstmals in klin. Behandlung. Der Lup. vulg. sei 1950 an der Injektionsstelle gegen Pertussis aufgetreten. Ein Bruder, vom gleichen Arzt zur gleichen Zeit geimpft, soll die gleichen Hauterscheinungen haben. Dieser ist 7 Jahre und wurde wegen Lup. vulg. stationär in unserer Klinik behandelt.
Behandlung: Schälung und Pyrogallusätzung, INH 600 Tbl. = 30 g. Bei der Entlassung war die Wunde bis auf einen fingernagelgroßen Epitheldefekt reizlos vernarbt. Eine Vorstellung erfolgte nicht mehr, die Überwachung geschieht durch den Hausarzt.

Fall 2 St., Ursula, geb. 13. 11. 28, F.A. o.B., E.A.: glanduläres Scrofuloderm 1951 an der re. Halsseite. Kommt 1953 wegen eines Lup. vulg.-Herdes am re. Oberarm erstmals in klinische Behandlung.
Therapie: Excision in toto, Kontrolle bis 1961 ergibt Heilung.

Fall 3 L., Franziska, geb. 11. 6. 93, F.A. o.B., E.A.: 1947 Pleuritis; kommt 1954 wegen Lup. vulg. des mittleren Gesichts und der li. Nasenschleimhaut erstmals in klinische Behandlung.
Therapie: INH 14,4 g, Kontrolle nach 1 Jahr ergibt Recidiv-Freiheit.

Fall 4 Spinocelluläres Carcinom. A., Karl, geb. 30.3.1911, F.A. o.B., E.A.: 1917 Tbc des re. Ellbogengelenkes. Nach Abnahme des Gipses der zur Behandlung der Gelenk-Tbc angelegt wurde, zeigte sich 1917 ein Lup. vulg. des gesamten re. Armbereichs.
Therapie: Erstmals 1926 durch salzlose Diät und Höhensonne, kein Rö., keine Grenzstrahlen. Seit dieser Zeit keine Behandlung mehr, obwohl mehrmals ärztl. untersucht. 1956 in der Poliklinik Tübingen: Es wurde ein Geschwür festgestellt, das infolge einer Verletzung aufgetreten sei. Innerhalb eines flächenhaft gering erhabenen, braun-roten, mäßig schuppenden Erythems, das sich über den re. Arm unter Freilassung der Hand erstreckte, fanden sich überall deutlich diaskopisch erkennbare, rehbraune Infiltrate. Das relativ seichte Ulcus war handtellergroß über dem Ellbogengelenk, der Grund mit Granulationen und schmierigen Belägen bedeckt. Ein Anhalt für Ca bestand nicht.
1956 klin. Behandlung mit INH und Vitamin D_2, worauf es bis zur Entlassung zu einer weitgehenden Epithelisierung kam, jedoch nicht zur Ausheilung des Lup. vulg. - Weiterhin ambul. Behandlung.
Februar 1957 wegen Verdachts der Entwicklung eines Ca erneut klin. Aufnahme.

Befund: Kinderhandgroßes, scharf begrenztes Ulcus mit wallartig aufgewölbtem Rand, nirgends gezackt oder unterminiert. Die Mitte wird von dichtstehenden, bis über erbsgroßen, lebhaft roten Knoten eingenommen, welche z.T. mit nekrotischen Massen bedeckt sind und im übrigen wie punktiert aussehen. Bei seitlichem Druck lassen sich Vermiottes ausdrücken. Histologisch: hochdifferenziertes Spinaliom, diffus infiltrierend. (Abbildung 1)

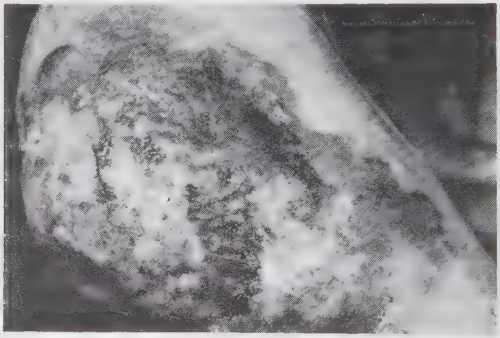


Abbildung 1

Kein Anhalt mehr für Lup. vulg. Keine Metastasen. Therapie: Abtragung des Tumors und Weichstrahlenbehandlung. Bei der Entlassung: Der Krankheitsbezirk ist jetzt im ganzen mittelgradig erosiv, etwas schmierend, die Ränder in 1 - 1,5 cm Breite erythematös. Kein Anhalt mehr für Ca. April 1957 erneute klin. Aufnahme.
Befund: Es findet sich ein 14 x 15 cm großes Ulcus, z.T. mit schmierigem, nekrotischem Gewebe belegt, im Zentrum knollige Wucherungen, die mit Podophyllin gepinselt werden. (Abbildung 2). Keine Lymphknoten. Die Rö.-Untersuchung macht das Übergreifen auf den Knochen wahrscheinlich.
Therapie: Ablatio der gesamten Extremität in der chirurg. Klinik. Dabei wurde festgestellt, daß das Ca auf den Knochen übergegriffen hatte.

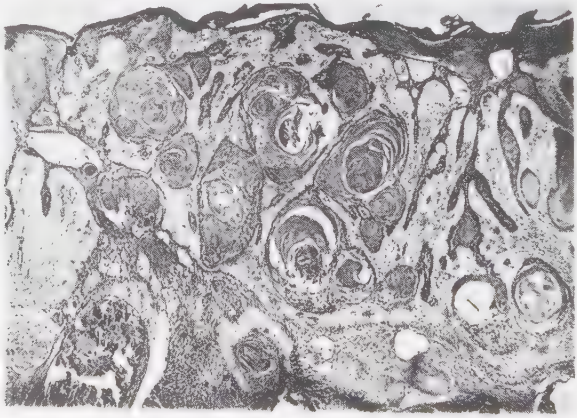


Abbildung 2

Aus diesem Grunde erfolgte die Amputation am Oberarm. Die Amputationswunde heilte gut. Entlassung Mai 1957. Letzte Vorstellung in der Hautklinik erfolgte Ende Mai 1957, dabei bestand kein Anhalt mehr für Lup. vulg.

Fall 5 Spinozelluläres Carcinom. Sch., Maddalene, geb. 15. 2. 02, FA. u. EA. o.B. 1929 erstmals wegen Lup. vulg. des Gesichtes, des li. Mittelfingers und li. Armes behandelt.
Therapie: Quarzen, 1939 Coagulation, 1944 Stichelung, 1946 Amputation des 2. - 4. Fingers der linken Hand nach mißglücktem Strekkungsversuch. Keine Rö.- oder Grenzstrahlenbehandlung. 1949 erste klin. Aufnahme an der Universitäts-Hautklinik Tübingen.
Befund: Über der Ulnarseite des Handgelenkes findet sich auf narbig atrophischem Bezirk ein tomatengroßer Tumor mit steilabfallenden Rändern und höckeriger, ulzerierter Oberfläche. Die Haut des gesamten Armes ist narbig-atrophisch, genau über dem Olekranon findet sich ein münzgroßer frischer Lup. vulg.-Herd. Histologie: wenig verhornendes spinozelluläres Ca.
Therapie: Mit der Diathermieschlinge wird der Tumor soweit wie möglich chirurgisch entfernt. Chaoul-Nachbestrahlung mit insgesamt 8100 r. langsame, aber stetige Heilungstendenz des Defektes. Bei der Entlassung bestand klinisch kein Anhalt mehr für Ca, keine Lymphknoten.
Der Lup. vulg. wurde mit Vitamin D_2 behandelt.
1953 letzte Kontrolle: Das Ulcus ist abgeheilt, es besteht kein Anhalt mehr für Lup. vulg.

Fall 6 Plattenepithel-Ca II°. Sch., Katharina, geb. 27. 5. 85, F.A.: Der Vater und eine Schwester sind an Tbc gestorben. E.A.: Als Kind Scrofulose.
Therapie: 1924 erstmals wegen Lup. vulg. der li. Ellbogen-Gegend behandelt. Rö.-Bestrahlung. 1935/38 ebenfalls Rö.-Bestrahlung. Gesamtdosis 13500 r. 1962 klinische Aufnahme.
Befund: Die Haut über der Streckseite des li. Ellbogengelenks ist flächenhaft narbig und atrophisch mit DE- und Hyperpigmentierung und Teleangiektasien. Sie reicht bis auf den li. Oberarm herauf und läßt lupoide Restinfiltrate erkennen. Direkt über dem Olekranon im Bereich der Narbe findet sich ein kleinapfelgroßer, halbkugelig vorgewölbter Tumor, der tlw. über seine Basis überhängt und eine samtartig-körnige und mit stinkendem, gelbem, zähem Sekret bedeckt ist (Abbildung 3).
Histologie: Plattenepithel-Ca II° (Einzelverhornung), aber relativ geringe Hornperlenbildung.
Therapie: Elektrokaustische Abtragung und Nachbestrahlung mit 5000 r Dermopan Stufe 4 in fraktionierten Dosen, INH 14 g. Bei Entlassung: ovaler 4 x 2,5 cm großer, mit festhaftendem, weißlich-gelbem Belag bedeckter Defekt. Von den Wundrändern ist gute Heilungstendenz zu erkennen. Weiterhin Behandlung mit Leukomycinsalbe und Neoteben.
Kontrolle 1963: Kein Anhalt für Lup. vulg. oder Spinaliom-Recidiv.

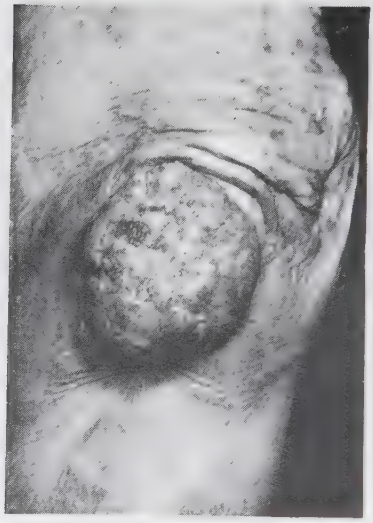
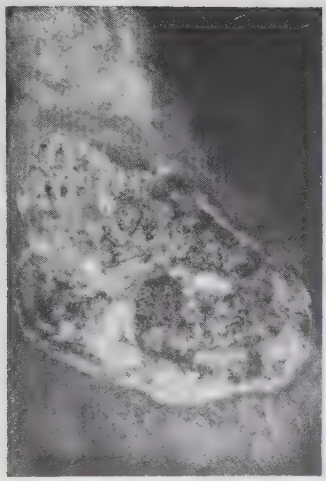


Abbildung 3

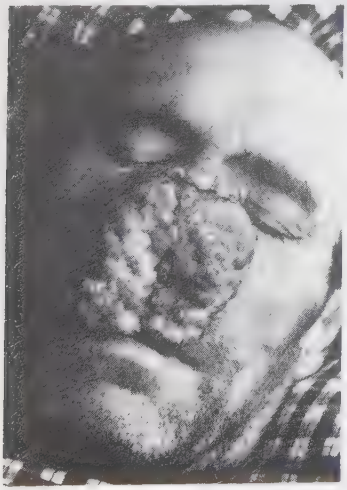
Fall 7 Plattenepithel-Ca: H., Artur, geb. 12. 5. 1900, F.A. o.B. E.A.: röntgenol. alte Lungen-Tbc. 1936 erstmals wegen Lup. vulg. der re. Hand und des angrenzenden Unterarms behandelt.
Therapie: Grenzstrahlen, 1940 Rö.-Tiefenbestrahlung. Dosis unbekannt. 1954 INH-Medikation (28 g) + Quarzen.
1955 klinische Aufnahme. Befund: Auf dem re. dorsalen Handgelenk, im Zentrum von straff-atroph. glänzendem und teilweise depigmentiertem Narbengewebe findet sich ein 4 x 6 cm großer, von einem wallartigen Rand umgebener Bezirk, in welchem sich dicke, papillomatöse und vegetierende Wucherungen finden. (Abbildung 4)
Keine Lymphknoten.
Histologie: Stark verhornendes Plattenepithel-Ca mit diffuser Infiltration.
Therapie: Elektrokaustische Abtragg. und Chaoulsche Nachbestrahlung, 2 x 6400 r in 16 Sitzungen. Bei der Entlassung: Es findet sich ein erosiver 7 x 5 cm großer Bezirk mit glatter Begrenzung. Die Erosion selbst ist frischrot, teils glatt, teils feingekörnt. Kein Anhalt mehr für Ca. 1956 erneute Klinikaufnahme. Befund: 1,5 x 3,2 cm großes von einem erhabenen Randwall umgebenes schmierig-gelblich-grünbedecktes, ziemlich scharf und großpolyzyklisch begrenztes Ulcus im Bereich einer straff-atrophischen Narbe. PE.: atyp. Epithelproliferationen "Rö.-Kombinationsschaden".



Therapie: Allgemeintherapie mit Vitaminen, Lokal: Ultra-Beschallung, Kohlenbogenlicht, Druckluftmassage der Ulcusumgebung usw. - Keine wesentliche Besserung. Ambul. Weiterbehandlung.
1961 Befund: Tiefes Ulcus mit nekrotischem Grund an der re. Handgelenksstreckseite, das bis auf die Beugeseite reicht.
Rö.-Folgezustand.
Weitere hausärztliche Kontrolle.

Abbildung 4

Fall 8 Plattenepithel-Ca. M., Justus, geb. 1. 5. 1905, FA. u. EA. o.B. - 1924 erstmals Lup. vulg. der mittleren Gesichtsanteile festgestellt.
Therapie: Radium.1938 - 1945 monatlich einmal Grenzstrahlen bis zu 20 Feldern (Dosis unbekannt). 1946 - 52 Fortsetzung dieser Behandlung. Mai 1953 Auftreten einer knotigen Veränderung oberhalb der Oberlippe. Behandlung durch den Heilpraktiker.
Nov. 1953 klinische Aufnahme. Befund: Es findet sich ein faustgroßes, blumenkohlartiges, zentral zerfallendes Carcinom. Neben flächenhaften Nekrosen kleinfleckige, schwärzliche Schorfauflagerungen. (Abbildung 5). -



Histologisch: Stark verwildertes, Zelldegenerationen aller Grade aufweisendes, sehr mitosenreiches, verhornendes Plattenepithelkarzinom. Kein Anhalt für Lup. vulg.
Therapie: Elektrokaustische Abtragung des carcinomatösen Gewebes und Rö.-Tiefenbestrahlung in 2 Serien zu 5 bzw. 4 Feldern, Herddosis ca. 3500 r. Eine taubeneigroße, submandibuläre Drüse wurde in toto excidiert. Histol. fand sich kein Anhalt für Ca, vielmehr Tbc-Infiltrate, die im Zusammenhang mit dem früheren Krankheitsbild des Lup.vulg. stehen.
Die Operationswunde heilte pp.

Abbildung 5

Bei der Entlassung auf Drängen des Patienten konnte kein Ca-Gewebe mehr mit Sicherheit festgestellt werden.
Februar 1954 erneute klinische Aufnahme. Befund: Ca-Recidiv im Bereich des re. Jochbeins, fortschreitende, ulzerierte Veränderungen über der Oberlippenmitte. Keine Drüsen.
HNO.: Feststellung eines Durchbruchs durch den harten Gaumen zur Mundhöhle. Sämtliche Nebenhöhlen sind betroffen.
Histologie: (entnommen zw. li. Orbita und Nasenrücken) Verwilderung des Tumors größer, völlige Durchmischung epithelialer und mesynchemaler Elemente. Höchstgradige Zell- und Kernatypien.
Spinaliom (Abbildung 6).

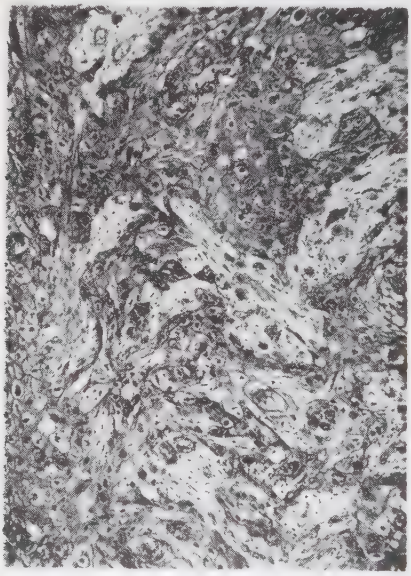


Abbildung 5

Zwischen Nasenrücken und re. Orbitalrand: ebenfalls Spinaliom und bezirksweise beginnende Spinaliom-Entwicklung.
Therapie: Links: Chaoul-Bestrahlung, 8500 r, re. Tiefenbestrahlung, 5200 r. Bei der Entlassung fand sich eine weitgehende Rückbildung der krankhaften Veränderungen.
Mai 1954 erneute Bestrahlungsbehandlung 7000 r Chaoul, 2600 r Tiefenbestrahlung. Auffallend war jetzt eine ausgeprägte Lymphopenie.
Juli 1954 klinische Aufnahme. Befund: Totale Zerstörung des knöchernen Gaumens und ein Fortschreiten der Carcinomentwicklung in den seitlichen Bereichen des großen Gesichtsdefektes. Die Oberlippe ist in diese Veränderungen einbezogen. (Abbildung 7)
Keine Lymphknoten.

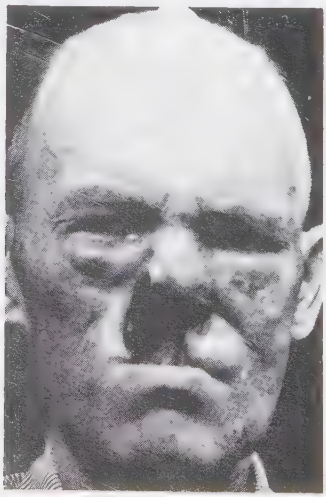


Abbildung 6

Therapie: Keine Bestrahlung mehr wegen der hohen Dosen. Verbesserung des Allgmeinbefindens und Schmerzlinderung.

Der Kranke will nach Hause, deshalb Entlassung, Überwachung durch das Krankenhaus Messkirch.

Eine spätere Anfrage dort im Februar 1955 ergab, daß der Patient verstorben sei.

Fall 9 Keratoma senile in spinaliomatöser Umwandlung

H., Wilhelmine, geb. 30.1.88. FA. u. EA. o.B. Es wurde um 1918 erstmals wegen Lup. vulg. der mittleren Gesichtsanteile behandelt. Therapie: Rö.-Bestrahlungen. Dosis nicht bekannt. Januar 1959 erste klinische Aufnahme. Befund: In den mittleren Gesichtsanteilen (mediale Augenbrauenhälfte, Oberlider, Nasenrücken und -spitze) finden sich vielfach Narben. Die Nase zeigt nur wenig Defektbildung, beide Wangen und Oberlippe zeigen Lup. vulg. Knötchen. Kein Hinweis für Ca-Entwicklung.
Therapie: INH 300 mg pro die und ambul. Weiterbehandlung.
August 1959 erneute klinische Aufnahme. Befund: Die Lup. Vulg.-Infiltrate haben sich weitgehend zurückgebildet. Rö. - Atrophie auf der Nase, am li. Nasenflügel findet sich ein linsengroßer, scharf begrenzter, hyperkeratotischer, -kera-tome-senile-artiger-, sowie ein kleinerer stecknadelkopfgroßer Herd, der spinaliomverdächtig ist.
Therapie: Excision. Histol. Diagnose: Keratoma senile mit spinaliomatöser Umwandlung (Abbildung 8).

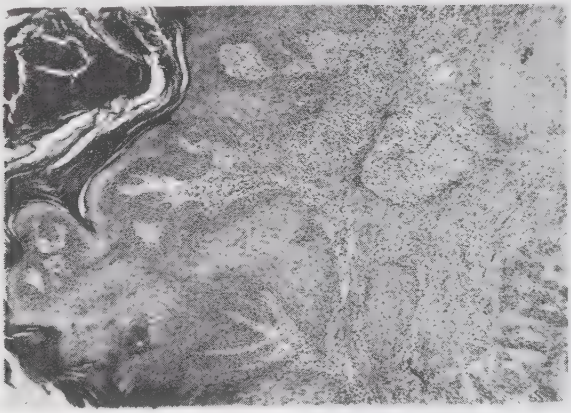
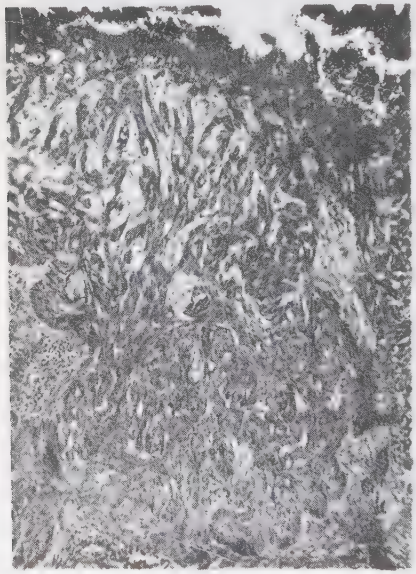


Abbildung 8

Weitere Verordnung: 8 Mill. Einh. Neopenyl + INH. Mai 1960 erneute Klinikaufnahme. Befund: Am li. Nasenflügel findet sich in alter Lupusnarbe ein reiskorngroßes beginn. Cornu cutaneum.
Therapie: Excision. Histologie: Kein Anhalt mehr für Lup. vulg., Cornu cut. mit carcinomatöser Umwandlung. Dezember 1960 protuberierendes Recidiv am li. Nasenflügel. Histologie: Spinaliom (Grad I - II), Therapie: Excision u. plastische Deckung. Prophylakt. Penicillin. Seither keine Vorstellung mehr. Kontrolle durch das Gesundheitsamt Tübingen.

Fall 10 Baso-Übergangs-Ca. H., Eduard, geb. 28. 1. 1909, FA. u. EA. o.B. 1945 erste Behandlung wegen Lup. vulg. der li. Unterkiefergegend.
Therapie: Einmal Röntgen und Abtragung mit der Schlinge. 1946 Wiederholung dieser Behandlung. 1949 Excision + Vitamin D_2-Kur. 1950 Radium-Folie 2 x 2 Stunden. 1952 Stichelung + Vit. D_2, 1954 INH, Stichelung und Quarzen. Februar 1957 klin. Aufnahme. Befund: Am unteren Pol der Lup. vulg. Narbe innerhalb eines atrophischen Bezirkes zeigt sich ein kleinfingernagelgroßes, halbmondförm., pastillenartig dem Hautniveau aufsitzendes Infiltrat mit zentraler Erosion und randwertigem, schmalem bindfadenartigem Wall.
Therapie: Totalexcision und Chaoulsche Nachbestrahlung, 5400 r, INH. bis zur Gesamtdosis von 70 g. Histologie: Epithelioma pagetoide und ein metatyp. Epitheliom (Basoübergangstyp) (Abbildung 9).



Kein Anhalt mehr für Lup. vulg. Bei der Entlassung: ausgeprägte Strahlenhyperaemie. Januar 1960 erneute Klinikaufnahme wegen Verdachts auf Lup. vulg. Recidiv. Befund: Caudal von der li. Ohrmuschel sitzt ein spitzer, 9 cm langer, scharf begrenzter, narb. Bezirk, an dessen midial-caudalem Pol findet sich eine scharf begrenzte, oberflächlich-bräunliche Erosion, die von einem fortlaufenden Randsaum umgeben ist.
Therapie: Totalexcision des gesamten Bezirkes und Deckung durch Verschiebeplastik. Komplikationsloser Heilverlauf. Histologie: Kein Anhalt mehr für Lup. vulg. Diagnose: Basaliom.

Abbildung 9

Fall 11 Sarkom. H., Wilhelm, geb. am 2.12.99, FA. u. EA. o.B. - Seit 1926 immer wieder in Behandlung wegen Lup. vulg. des gesamten Kopfes. Therapie: Wiederholte Grenzstrahlenbehandlung. Dosis: etwa 100 000 r., 1944 Rö., 1948 Vitamin D_2, 180 mg, Quarzen und Pyrogallusätzung. August 1951 klinische Aufnahme. Befund: Auf der li. Wange wölbt sich ein walnußgroßer, sehr schnell gewachsener Knoten vor. Histol.: Spindelzellsarkom. Therapie: Excision u. 7100 r Chaoul. Februar 1952 Befund: kleines Knötchen in der li. Jochbeingegend. Histol.: Polymorphzelliges Sarkom (Recidiv). Therapie: Excision + 5000 r Chaoul. Juni 1954: Befund: Linsengroßer verdickter Bezirk im Krankheitsherd. Histologie: unreifes Fibro-Sarkom (Recidiv?) Therapie: Excision in Toto + 6400 r Chaoul.

Januar 1958: Seit 8 Tagen Schmerzen im Krankheitsgebiet - praeauriculär, der Bezirk ist etwas verfärbt.
Therapie: Excision in toto. Histologie: Rö.-Folgezustand. Bei der Entlassung - auf Wunsch des Patienten - fand sich noch ein 3 x 2 cm großer schmierig belegter Bezirk.
Mai 1960 Histologie: atypische Epithelwucherung mit Übergang in Carcinom.
Therapie: Excision in toto und Deckung durch freie Hautlappenplastik. Heilung pp. Seit diesem Zeitpunkt ohne Beschwerden.

Fall 12 Onkocytom. H., Anna, geb. 8. 10. 92, FA.: Ein Bruder hat offene Lungentuberkulose. EA.: Scrofuloderm der li. Halsseite, deshalb 1922 Operation. Einige Zeit danach Lup. vulg. am Hals. Ab 1922 wiederholt stationäre Behandlung des Lup. vulg. mit Grenzstrahlen, Rö., Stichelung, Vitamin D_2 und INH. Bestrahlungsdosis: 58000 r Grenzstr., 180 r Tiefenthérapie.
Frühjahr 1960: An der li. Wange bildete sich ein kleines Geschwür, das im Sommer abheilte, im Herbst an der gleichen Stelle wieder auftrat und sich vergrößerte.
Befund 1961: Auf der li. Wange findet sich ein fingernagelgroßes Ulcus in ausgedehnter, straff-atrophischer Narbe. Rechts praeauriculär: kirschgroßer, derber, gut abgrenzbarer, mäßig druckempfindlicher, auf der Unterlage verschieblicher Knoten. Diagnose: Rö.-Folgezustände. Therapie: 800 r auf die li. Wange. Operation nicht wegen des schlechten A.Z. und des hohen Alters. Die Rö.-Ulcera heilten in 14 Tagen ab. Januar 1962 daumennagelgroße Hyperkeratose über dem linken Unterkieferast. Histologie: Praecancerose, kein Anhalt für Lup. vulg. Therapie: Excision in toto, Deckung mit Freihautlappen, Heilung pp. Verlegung in die Chirurgie zur Entfernung des Knotens rechts praeauriculär, da Größe und Konsistenz zugenommen haben. Entfernung in LA.: Ein Teil des Tumors ist in die Parotis und in den musc.mass. eingewachsen und mußte dort belassen werden. Histologie: Oncozytom (seltener, an sich gutartiger Tumor). Das infiltrative Wachstum hier spricht für Malignität. Eine Nachbestrahlung wird wegen der erheblichen Rö.-Schädigung der Haut unterlassen.
Oktober 1962: Auf der li. Wange findet sich ein Lup. vulg.-Recidiv. Therapie: Excision in toto und Deckung durch Freihautlappen. Kein Anhalt für Carcinom oder Praecancerose.

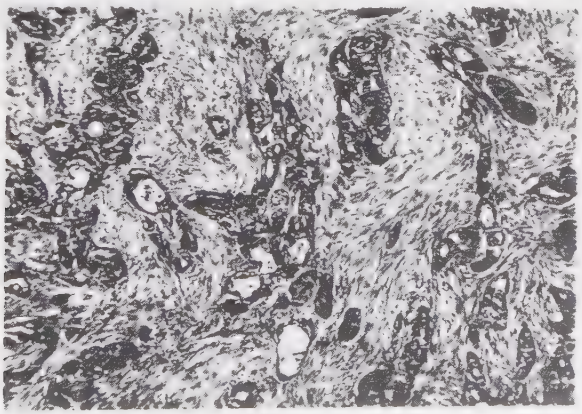


Abbildung 10

IV. Zusammenfassung

Aufgabe der vorliegenden Arbeit ist, sämtliche Krankengeschichten der Lup. vulg.-Patienten und besonders der Lupus-Ca-Patienten an der Universitäts-Hautklinik Tübingen im Zeitraum von 1950 - 1963 zu erheben, um daraus Fragen der Infektionsanfälligkeit, der Therapie und der Ca-Entstehung bei Lup. vulg. beantworten zu können.

Die Ergebnisse sind folgende:

1. Die Infektionsanfälligkeit gegen Lup. vulg. ist bei den Frauen höher als bei den Männern und bevorzugt die Entwicklungs- und Rückbildungsjahre und -Jahrzehnte im einzelnen Menschenleben.

2. Es überwiegen die Landbewohner bei den Lup. vulg.-Patienten, und außerdem bilden die Landarbeiter einen sehr hohen Anteil am Krankengut.
Dies und die Lokalisationsverteilung des Lup. vulg. sowie weitere anamnestische Aufstellungen lassen die Annahme zu, daß die Infektionsweise des Lup. vulg. eine Schmier- und Kontaktinfektion ist, wobei der Weg der Krankheitserreger lymphogen vom Nasenrachenraum oder exogen durch kleine Hautdefekte zum Krankheitsherd zu gehen scheint.

3. Die sicherste und beste Therapie des Lup. vulg. ist die kombinierte Behandlung durch Excision in toto und INH-Medikation.

4. Die Zahl der Lupus-Ca-Patienten ist gegenüber den Kriegs- und Nachkriegsjahren bis 1948 im Rückgang begriffen. Inwieweit dies auf das Verlassen der Rö.-Therapie des Lup. vulg. zurückzuführen ist, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen.

V. Literatur-Verzeichnis

Bayha, H. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. III, Heft 1 " über Lupus-Ca ".

Beutnagel, I., Eisenlohr, E. u. Korting, G.W. Morphogenetrische Studien über den Einfluss von Vitamin D_2 auf das Benzpyren-Ca der Maus. Arch. Dermat. 192, 551 (1952)

Charpy, U. Le traitement de tuberculoses cutanées et de conditions alliées - Calciferol. Proceed.10.Internat.Congr.Dermat.B.M.A. London 1953

Dowling, G.B. u. G.Weiherley-Mani Tubercoulos diseases of the skin. In: RMB. Mac Keuna: Modern Trends in Dermatology- Rutherworth and Co. London 1954

Fischer, H. Praecancerosen u. Pseudocancerosen der Haut. Med.Klinik Nr. 27/1958

Friederich, HC. Kasuistik - Aus der Univers.Hautklin.Tübingen (Dir. Prof. W.Schneider) Aktuelle Fragen der Behandlung des Lup.v.

Friederich, HC. Aesthet. Gesichtspunkte bei der Entfernung des Haut-Ca. Aesthet. Medizin 10, 197 (1961)

Friederich, HC. u. Lehmann, E. Einzeitige Radikaloperation von Haut-Ca des Schädels mit anschließender plastischer Deckung durch Verschiebelappen. (Zschr.Haut- und Geschlechtskrankheiten 30, 1 (1961)

Funk, CF. Vier Jahre Planarbeit in der Lupusbekämpfung Berlin-Brandenburg - Strahlentherapie 63 /57 (1938)

Gottron, H.A. "Zur Klinik.Pathogenese und Prognose des Haut-Ca." Die Medizinische, Stuttgart 22. Jan. 1955, Nr. 4

Gottron, H.A. "Karzinomentwicklung in der Haut". Dtsche. Med. Wochenschrift 1957/I, Nr. 19, S.761-764 u. 802-807

Gottron, H.A. u. I. Beutnagel Der derzeitige Behandlungsstand der Hauttuberkulose. Therapie-Gegenwart 1951 / 222

Gottron, H.A. u. Korting, G.W. Dermatolog. Letalitätsprobleme, In: Gottron, HA u. Schönfeld, W: Dermatologie u. Venerologie V, 1, 609 (1963) Thieme-Verl. Stuttgart

Gottron, A.H. u. Nikolowski, W. Ca. der Haut. In:Gottron, HA u. Schönfeld,W.: Dermatologie u. Venerologie, IV, 295 (1960) Thieme-Verlag, Stuttgart

Gottron, H.A. u. Schönfeld,W. Dermatologie u. Venerologie, Bd.IV,S.331-333, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960 Über das basozelluläre Übergangs-Ca.

Haas.E. Ist eine antibiotische Infektionsprophylaxe bei plastischen Operationen im Gesichtsbereich indiziert? Med. Welt 1960 / 1004

Hammerschmidt,E. u. Korting,G.
Zur Frage der Geschwulstförderung durch die Vit.D_2-Intensiv-Therapie. Ztschr. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 9, 411 (1950)

Hekele, K. u. Seyss, R.
Die malignen Tumoren in Lupo vulgari, Hautarzt 2, 349 (1951)

Henke, V.
Beitrag zur Therapie des Lupus-Ca.-
Strahlentherapie 94 / 245 (1954)

Hornberger, W.
Neuere Ergebnisse zur Pathogenese, Klinik u. Therapie der Lupus-Carcinome.
Strahlentherapie 80, 367 (1949)

Kalkoff, KW. Die Tuberkulose der Haut.
Gg. Thieme-Verlag, Stuttgart 1950

Kalkoff, KW. Beziehungen zwischen Lungen- und Hauttuberkulose.
Med. Welt 1941, S. 454, Arch. Derm. (D) 186,144(1947)

Kalkoff, KW. Über die Sonderstellung des Lupus-Carcinoms unter Berücksichtigung der Konsequenzen für Therapie u. Prophylaxe. Strahlentherapie 86/468 (1952)

Keuibachieff, D.
Beiträge zur Kenntnis des Ca. nach Lupus.
Innaug.Diss. Freiburg 1893

Krieger, K. Carcinoma in lupo, seine chirurgische Behandlung
Med. Welt 1217/1960

Lang, E. Lupus u. Ca.
Vischr. Dermat. Syph. 2(7)477(1875)

Limberger, S. Plastisch-chirurgische Behandlungsmöglichkeiten am dermatol. Krankengut. Zschr. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 25, 183 (1958)
Op. Behandlung des Lup.vulg. in neuerer Sicht.
Med. Kosmetik 8, 232 (1959)

Moncorps, C. Grundsätzliches zur Drüsentuberkulose und ihrer Bedeutung für die Lupusprophylaxe.
Dermat. Wochenschrift 119/552 (1947)

Moncorps, C. u. Kalkoff, KW.
Vorläufige Ergebnisse der Chemotherapie der Hauttuberkulose - Zschr. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 2, 358 (1947)

Ollendorf, G. Lupus und Ca.
Inaug. Diss. 1887 Bonn

Proppe, A. Über die Häufigkeit des Lupus-Ca.
Dermat. W'schrift 112, 7 (1912)

Rayer Carcinom nach Lupus
"Traite" des maladies de la pecui, Paris 1835, page 197-198

Riehl, H. u. Kopf, O.
Hauttuberkulose und ihre Therapie.
Maudrich, Wien 1950

Moncorps, C. Chirurgische Behandlung der Hauttuberkulose einschließlich der Wiederherstellungschirurgie. Dermat.W'schrift 119, 548 (1947

Schneider, W. Strahlentherapie L XXX, S 335, 1949
Sarkome und Carcinome in ihren Wechselbeziehungen auf rö.-bestrahltem Lup. vulgaris (Bloch zitiert)

Schneider, W. und Hornberger, W.
Kritisches zur Nahbestrahlung maligner Tumoren. Strahlentherapie 84, 284 (1951)

Schneider, W., Goslar, HG, Undeutsch, W.
Oxyphiles Granularcarcinom (malignes Onkozytom) auf rö.-bestrahlt. "Etagentuberkulose" (Skrofuloderm u. Lup.vulg.) Archiv f. klin.u.experiment. Dermat. 215, 579-93 (1963)

Schneider, W. Tuberkulose der Haut.
In :Taschenbuch der prakt. Medizin, V.J. Kottmaier, Thieme-Verlag, Stuttgart (1953)

Schmid, E. Plastische Wiederherstellung nach Schäden infolge Radiotherapie des Lupus im Gesicht.
Fortschr. Kiefer- u. Gesichtschirurgie VIII, 179 (1962)

Schmid, P.Ch. Die Halslymphknotentuberkulose im Kindesalter.
Internist.prax. 3, 1963, 605-612

Steinhauser, P. "Über Lupus-Ca."
Inaug.Diss. Tübingen 1894

Vasceviciute, O.
Tödlich verlaufende Rö-Ca auf dem Boden von Lup. vulgaris.
Inaug.Diss. Tübingen 1949

Volk, R. Zur Lupusbekämpfung.
Arch. Dermat. IX Bd. III, 308 (1937)
Joh. Ambros.Barth, Leipzig

Wollseifen, C. Über Lupus-Ca.
Inaug.Diss. 1892, Bonn

- - -

L e b e n s l a u f

Am 18. 4. 1937 wurde ich als Tochter des Schneidermeisters und Kaufmanns Georg S c h i m m a n g und seiner Ehefrau Gerda, geb. Hartwig, in Spremberg geboren. Mit 6 Jahren wurde ich eingeschult. Nach der Abschlußprüfung im Jahre 1952 besuchte ich die Oberschule meiner Heimatstadt. 1956 legte ich das Abitur ab. An der Humboldt-Universität zu Berlin-Ost studierte ich von 1956 - 1960 Medizin. Im Oktober 1960 mußte ich Berlin verlassen. In Tübingen konnte ich mein Studium fortsetzen und nach 11 Semestern mit dem Medizinischen Staatsexamen im Dezember 1962 erfolgreich abschließen.

Meine Medizinalassistentenzeit begann ich an der Universitäts-Kinderklinik Tübingen, wo ich vom Februar bis Juni 1963 tätig war. In der folgenden Zeit arbeitete ich 3 Monate an der Universitäts-Hautklinik Tübingen, 4 Monate an der Chirurgischen Klinik Heilbronn und zur Zeit 4 Monate an der Frauenklinik Heilbronn.